



| | | | |
|---|------------------------------|----------------------------------|---------------------|
|  | NOMBRE ACTA | | CÓDIGO 02-FT-002 |
| | TIPO DE DOCUMENTO FORMATO | PROCESO MEJORAMIENTO CONTINUO | VERSIÓN 003 |

**COMITÉ DE TUMORES PARA
ADOPCIÓN GPC CÁNCER DE PRÓSTATA**

| | | |
|---|--------------------------------|--------------|
| FECHA: AGOSTO 2021 | HORA: 18:00 | |
| NOMBRE DE LOS PARTICIPANTES | CARGO | FIRMA |
| Dr. Julian Reyes | Urólogo | VIRTUAL |
| Dr. Germán Gaviria | Urólogo | VIRTUAL |
| Dr. German Bohórquez | Urólogo oncólogo | VIRTUAL |
| Dra. Diana Valencia | Urólogo | VIRTUAL |
| Dr. Juan Paulo Cardona | Oncólogo clínico | VIRTUAL |
| Dra. Lisbeth Ramirez | Hemato oncóloga | VIRTUAL |
| Dr. Ivan Manuel Sierra | Oncólogo Radioterápico | VIRTUAL |
| Dra. Katusca Rodriguez | Directora Médica | VIRTUAL |
| Dr. Damián Antonio Forero | Dolor y cuidados Paliativos | VIRTUAL |
| Dr. Alejandro Arias | Director médico | VIRTUAL |
| Gloria Trujillo | Lider aseguramiento calidad | VIRTUAL |
| Ana María Cifuentes | Líder oncología | VIRTUAL |
| TEMAS | | |
| ➤ Adopción GPC “Para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata” | | |
| DESARROLLO DE LA REUNIÓN | | |
| Detección temprana: | | |
| La detección en estadios tempranos de la enfermedad debe considerar la edad del paciente, su expectativa de vida, y la presencia de signos y síntomas. | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. No se recomienda la detección temprana organizada poblacional en cáncer de próstata. Se recomienda la detección temprana de oportunidad como estrategia de detección temprana del cáncer de próstata en hombres mayores de 50 años, asintomáticos, que acudan a consulta médica por diferentes causas. Si se realiza tamización de oportunidad, debe hacerse con PSA y tacto rectal en una frecuencia no inferior a 5 años y previa explicación de los potenciales riesgos y beneficios para el paciente, promoviendo una toma de decisiones concertada Se adopta 2. Se recomienda la combinación de tacto rectal y medición del antígeno prostático ajustado por edad, como estrategia de diagnóstico temprano del cáncer de próstata. Se adopta 3. La detección temprana de oportunidad puede ser realizada por todos los profesionales médicos, independientemente de su nivel de especialización, localización o nivel de atención. Se adopta | | |

| | | | |
|---|------------------------------|----------------------------------|---------------------|
|  | NOMBRE ACTA | | CÓDIGO 02-FT-002 |
| | TIPO DE DOCUMENTO FORMATO | PROCESO MEJORAMIENTO CONTINUO | VERSIÓN 003 |

4. En los pacientes en quienes se registre un primer nivel de antígeno prostático alterado acorde con la edad, en presencia de tacto rectal normal, se recomienda la repetición de la prueba en el curso de los siguientes seis meses. **Se adopta**

Se recomienda realizar la definición de un nivel de antígeno prostático anormal para la edad de acuerdo con los valores de la tabla 1.

Tabla 1. Antígeno prostático según la edad

| RANGOS DE NORMALIDAD PARA EL PSA AJUSTADO POR LA EDAD | |
|---|-------------|
| EDAD (AÑOS) | PSA NORMAL |
| 40-49 | 0-2,5 ng/ml |
| 50-59 | 0-3,5 ng/ml |
| 60-69 | 0-4,5 ng/ml |
| 70-79 | 0-6,5 ng/ml |

Fuente: Oesterling, et al. (1)

Notas:

Se entienden como pacientes sintomáticos aquellos que presenten urgencia, pujo, tenesmo vesical, nicturia, disuria, reducción del calibre del chorro, hematuria, hematospermia o dolor en el área pélvica, **(dolor óseo) y estado funcional. Se adopta**


Se entienden como factores de riesgo la raza negra, el antecedente de cáncer de próstata en un familiar de segundo o primer grado, o en varios familiares. Antecedente familiar con cáncer de ovario y mama hereditario. **Se adopta**

La consulta de seguimiento del adulto sano comprende la detección y abordaje de condiciones crónicas, la educación y la asesoría en estilos de vida y hábitos saludables. **Se adopta**

Diagnóstico realizado por el especialista en urología. Incluye realización del antígeno prostático y palpación manual rectal de la próstata. De acuerdo con los hallazgos, puede derivar en biopsia prostática y realización de exámenes de extensión.

No se adopta. Se define realización de biopsia a todos los pacientes que cumplan con la definición de alta sospecha para determinar histología tumoral, a excepción de casos que por condición clínica del paciente no pueda biopsiarse, todos los casos asociados deben llevarse a comité multidisciplinario de tumores

La tamización de oportunidad puede ser ofrecida por cualquier profesional médico en los distintos niveles de atención. Incluye la realización de antígeno prostático y la palpación

| | | | |
|---|------------------------------|----------------------------------|---------------------|
|  | NOMBRE ACTA | | CÓDIGO 02-FT-002 |
| | TIPO DE DOCUMENTO FORMATO | PROCESO MEJORAMIENTO CONTINUO | VERSIÓN 003 |

manual rectal de la próstata. Un nivel de antígeno prostático fuera del rango normal para la edad debe ser confirmado en el mismo laboratorio del examen inicial, con una nueva medición dentro de los seis meses siguientes a la primera medición; si persiste un nivel anormal o se encuentran hallazgos positivos en la palpación de la próstata, el paciente debe ser remitido al especialista en urología.

Se adopta

Diagnóstico y estadificación Los aspectos generales para el diagnóstico clínico se consignan en la figura 3.

5. En pacientes con PSA anormal, de acuerdo con los rangos establecidos para la edad, se recomienda la realización de una biopsia prostática para obtener el diagnóstico histológico, el grado y el volumen tumoral. **No se adopta (el antígeno elevado per se no indica la solicitud de biopsia, debe evaluarse la necesidad posterior a descartar una enfermedad benigna basado en signos y síntomas, tacto rectal y antígeno prostático, por lo tanto, la biopsia debe ser siempre solicitada por urología.**


6. Todos los pacientes que van a ser sometidos a la realización de una biopsia prostática deben recibir el procedimiento bajo anestesia local, excepto que a juicio del médico exista alguna situación que lo contraindique. **Se adopta**

7. En hombres que van a ser sometidos por primera vez a la realización de biopsia para el diagnóstico de cáncer de próstata, se recomienda la toma de al menos 10 muestras de tejido e **idealmente 12**, para garantizar un adecuado rendimiento diagnóstico de la prueba **Se adopta**

8. En los pacientes con cáncer de próstata y sospecha de compromiso extra prostático en quienes se va a realizar tratamiento con intención curativa, se recomienda la realización de resonancia nuclear magnética como imagen diagnóstica de extensión de la evaluación clínica, a menos que la situación clínica amerite el uso de otro tipo de imagen. **Se adopta**

9. Se recomienda el uso rutinario de nomogramas para predecir el estadio patológico de la enfermedad después de prostatectomía radical o radioterapia. Se sugiere el uso de las tablas de Partin en la planeación quirúrgica (véase anexo 7, guía completa). **Se adopta**

10. Se recomienda el uso rutinario de nomogramas para predecir el riesgo de falla en el tratamiento con intención curativa (prostatectomía radical o radioterapia externa). Para esto se sugiere el uso de los nomogramas de Kattan (véase anexo). **Se adopta**

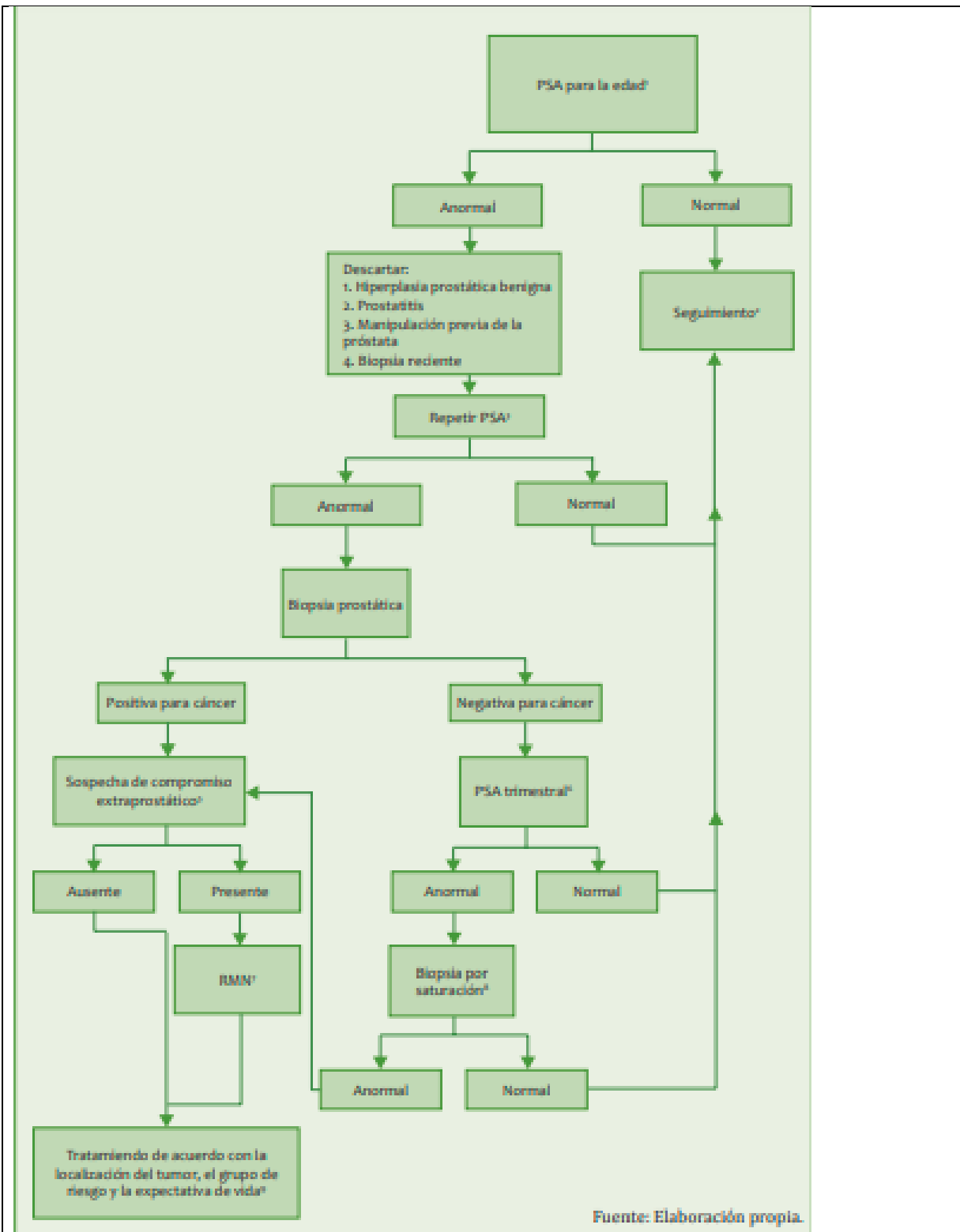
| | | | |
|---|-------------------------------------|---|----------------------------|
|  | NOMBRE ACTA | | CÓDIGO 02-FT-002 |
| | TIPO DE DOCUMENTO FORMATO | PROCESO MEJORAMIENTO CONTINUO | VERSIÓN 003 |

Primera biopsia negativa

11. En un paciente con un nivel de antígeno prostático persistentemente elevado y una primera biopsia negativa, se recomienda el seguimiento trimestral del nivel del antígeno (velocidad del "PSA") y el cálculo de la relación entre antígeno libre y antígeno total como estrategias de seguimiento*. **Se adopta**


12. En los pacientes con niveles de antígeno prostático persistentemente alterados y primera biopsia negativa, en caso de ser necesaria una segunda biopsia se recomienda la realización de biopsia por saturación como estrategia diagnóstica. **Se adopta**

Figura 3. Diagnóstico del cáncer de próstata



Gammagrafía ósea

13. No se recomienda el uso de rutina de gammagrafía ósea en pacientes con cáncer de próstata localizado de bajo riesgo. **Se adopta**

| | | | |
|---|------------------------------|----------------------------------|---------------------|
|  | NOMBRE ACTA | | CÓDIGO 02-FT-002 |
| | TIPO DE DOCUMENTO FORMATO | PROCESO MEJORAMIENTO CONTINUO | VERSIÓN 003 |

14. Se sugiere la realización de gammagrafía ósea en pacientes con cáncer de próstata que presenten: niveles de antígeno prostático elevados (> 20 ng/dL), o duplicación del nivel de antígeno en menos de seis meses, o velocidad del antígeno superior a 0,5 ng/ml por mes. **Se adopta (Gleason y riesgo)**


Tratamiento La orientación general del manejo de los pacientes con cáncer de próstata

15. En hombres con cáncer de próstata localizado o localmente avanzado están indicadas la prostatectomía radical o la radioterapia externa (conformal e IMRT) como alternativas de tratamiento con intención curativa. La elección debe realizarse en una planificación conjunta con el paciente, teniendo en cuenta la mejor capacidad técnica y profesional disponible en el centro de referencia donde se va a realizar el manejo. **Se adopta y se aclara que en la actualizad también existe la técnica (SVRT) con muy buena respuesta.**
16. Todos los pacientes con cáncer de próstata deben ser informados de los beneficios y riesgos de las diferentes alternativas disponibles para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. **Se adopta**

Cáncer localizado

Vigilancia activa

17. En hombres con cáncer de próstata localizado de riesgo bajo se sugiere considerar la vigilancia activa como una alternativa de manejo primario. Esta opción es válida siempre que se puedan cumplir las condiciones de seguimiento apropiadas y que dicho seguimiento esté a cargo de profesionales especializados con experiencia en su aplicación **Se adopta**
18. En hombres con cáncer de próstata localizado de riesgo bajo en quienes se haya tomado la decisión de vigilancia activa y presenten elevación de los niveles de antígeno prostático o elevación en el patrón de Gleason al seguimiento con biopsia, se debe ofrecer de inmediato tratamiento con intención curativa. **Se adopta**
19. En pacientes con cáncer de próstata localizado o localmente avanzado en quienes se decida la realización de radioterapia externa como modalidad de tratamiento, se recomienda la realización de radioterapia externa conformacional o radioterapia externa con intensidad modulada para garantizar una dosis de radiación que supere los 72 Gy*. **Se adopta**
20. No se recomienda la realización de radioterapia convencional como opción de tratamiento curativo en los pacientes con cáncer de próstata. **Se adopta**

| | | | |
|---|------------------------------|----------------------------------|---------------------|
|  | NOMBRE ACTA | | CÓDIGO 02-FT-002 |
| | TIPO DE DOCUMENTO FORMATO | PROCESO MEJORAMIENTO CONTINUO | VERSIÓN 003 |

21. En hombres con cáncer de próstata localizado de riesgo alto que van a ser sometidos a radioterapia con intención de tratamiento curativo, se recomienda el uso de bloqueo hormonal adyuvante durante al menos dos años. **No se adopta. Guías internacionales más recientes como la NCCN hablan de bloqueo hormonal en riesgo intermedio por 6 meses y en riesgo alto por 3 años**
22. No se recomienda el uso de agentes radio protectores en los pacientes con cáncer de próstata que van a ser sometidos a radioterapia externa. **Se adopta**

Prostatectomía radical


23. Ante la necesidad de realizar una prostatectomía radical se recomienda la cirugía abierta como primera alternativa de manejo. Los estudios registrados a la fecha no han demostrado superioridad de las técnicas laparoscópica y robótica en términos de supervivencia, recaída, continencia urinaria y función sexual* **Se adopta (Gleason y riesgo)**
24. Se recomienda la realización de linfadenectomía pélvica ampliada en prostatectomía de pacientes con cáncer de próstata localizado de riesgo alto. **Se adopta**
25. No se recomienda la realización de linfadenectomía pélvica ampliada en prostatectomía de pacientes con cáncer de próstata localizado de bajo riesgo **Se adopta**
26. En hombres con cáncer de próstata que fueron sometidos a prostatectomía radical, no se recomienda el uso de terapia hormonal adyuvante. **Se adopta**

Hormonoterapia

27. No se recomienda el uso de bloqueo hormonal en pacientes con cáncer localizado de bajo riesgo. **Se adopta**

Cáncer localmente avanzado

28. En pacientes con cáncer de próstata localmente avanzado en quienes se requiera ofrecer alternativas de manejo con intención curativa se sugiere la realización de radioterapia externa en modalidades que garanticen las dosis apropiadas* más bloqueo hormonal adyuvante, o la realización de prostatectomía radical acorde con las preferencias del paciente. **Se adopta**
29. Se recomienda el uso de radioterapia adyuvante en hombres con cáncer de próstata localizado de alto riesgo, que hayan sido sometidos a prostatectomía radical y presenten márgenes positivos o compromiso de vesículas seminales. **Se adopta**

| | | | |
|---|------------------------------|----------------------------------|---------------------|
|  | NOMBRE ACTA | | CÓDIGO 02-FT-002 |
| | TIPO DE DOCUMENTO FORMATO | PROCESO MEJORAMIENTO CONTINUO | VERSIÓN 003 |

30. Se recomienda la realización de linfadenectomía pélvica ampliada en prostatectomía de pacientes con cáncer de próstata localmente avanzado. **Se adopta**

31. En hombres con cáncer de próstata localmente avanzado que hayan sido sometidos a radioterapia más terapia hormonal adyuvante, se recomienda la realización de radioterapia pélvica cuando se estime un riesgo mayor del 15% de compromiso ganglionar según nomogramas. **Se adopta**

Cáncer avanzado

32. Se recomienda el uso de bloqueo hormonal con análogos de la LHRH u orquiectomía en pacientes con cáncer de próstata avanzado **Se adopta**

33. Se recomienda informar al paciente los eventos adversos relacionados con el manejo hormonal, como la presencia de oleadas de calor, ginecomastia, alteración de la función sexual. **Se adopta**

34. Se recomienda el uso de bifosfonatos para la prevención de eventos esqueléticos en pacientes con cáncer de próstata avanzado con metástasis óseas. La mejor evidencia disponible en bifosfonatos favorece el ácido zoledronico. **No se adopta. Estudios recientes tiene evidencia de mayor respuesta y menores efectos colaterales asociados a la administración de biológicos como denosumab (se anexa estudio)**

35. En pacientes con cáncer de próstata avanzado refractario al manejo hormonal, que sean candidatos a manejo con quimioterapia, se recomienda el uso de docetaxel (10 ciclos) en combinación con prednisona (0,5 mg/día). **Se adopta**

36. El objetivo terapéutico del manejo hormonal es la testosterona en nivel de castración (< 50 ng/ml) **Se adopta**


37. Se recomienda que líneas posteriores de manejo sean definidas de manera conjunta entre el oncólogo y el urólogo tratante, teniendo en cuenta las preferencias del paciente y su expectativa de vida. **Se adopta**

Bloqueo hormonal

Seguimiento

38. Se recomienda el seguimiento trimestral de los niveles de antígeno prostático en pacientes tratados con intención curativa durante el primer año posterior al tratamiento y semestralmente en el segundo año*. **Se adopta**

39. En hombres con cáncer de próstata sometidos a tratamiento con intención curativa que presenten recaída bioquímica, se recomienda la medición del tiempo de doblaje en el nivel de antígeno prostático antes de instaurar cualquier cambio de modalidad terapéutica. **Se adopta**

| | | | |
|---|------------------------------|----------------------------------|---------------------|
|  | NOMBRE ACTA | | CÓDIGO 02-FT-002 |
| | TIPO DE DOCUMENTO FORMATO | PROCESO MEJORAMIENTO CONTINUO | VERSIÓN 003 |

40. Se recomienda definir recaída bioquímica posterior a prostatectomía radical como la presencia de un PSA de 0,2 ng/ml o mayor en los exámenes de seguimiento. **Se adopta**

41. Se recomienda definir recaída bioquímica posterior a radioterapia realizada con intención curativa como la elevación del nivel del antígeno prostático por encima de 0,2 ng/ml sobre el nadir al seguimiento. **Se adopta**

42. En los pacientes que presentan recaída bioquímica después de tratamiento con intención curativa, se sugiere la realización de exámenes de extensión acorde con el criterio médico. Estos exámenes pueden incluir gammagrafía ósea, tomografía abdominopélvica con contraste o resonancia magnética. Se recomienda la elección de los exámenes siempre que tengan una utilidad esperada en el tratamiento o cuidado paliativo del paciente. **Se adopta**

43. En pacientes tratados con prostatectomía radical o radioterapia, no se recomienda la realización de biopsias del lecho prostático o de la próstata, ante la presencia de recaída bioquímica. **Se adopta**

Tratamiento de rescate

44. En hombres con cáncer de próstata no metastásico sometidos a prostatectomía radical con intención curativa y recaída bioquímica según doblaje del antígeno se recomienda ofrecer radioterapia de rescate. **Se adopta**


45. En hombres con cáncer de próstata no metastásico sometidos a radioterapia con intención curativa y recaída bioquímica definida por el tiempo de doblaje del antígeno se recomienda ofrecer prostatectomía radical de rescate, siempre que el paciente tenga una expectativa de vida mayor a diez años. **Se adopta**

Rehabilitación urológica

46. Se recomienda establecer el nivel de función sexual del paciente, previo al inicio de cualquier tratamiento con intención curativa. **Se adopta**

47. Se recomienda ofrecer a todos los pacientes con cáncer de próstata valoración urológica especializada ante la presencia de disfunción eréctil o incontinencia urinaria **Se adopta**

48. En presencia de disfunción eréctil relacionada con el tratamiento en pacientes con cáncer de próstata, se recomienda el uso de inhibidores de la 5 fosfodiesterasa como primera alternativa de tratamiento. **Se adopta**

| | | | |
|---|------------------------------|----------------------------------|---------------------|
|  | NOMBRE ACTA | | CÓDIGO 02-FT-002 |
| | TIPO DE DOCUMENTO FORMATO | PROCESO MEJORAMIENTO CONTINUO | VERSIÓN 003 |

49. Cuando el uso de inhibidores de la 5 fosfodiesterasa esté contraindicado o haya fallado, se recomienda considerar el uso de inyecciones intracavernosas, dispositivos intrauretrales y prótesis penéneas para mejorar la función eréctil. **Se adopta**

50. En presencia de incontinencia urinaria relacionada con el tratamiento en pacientes con cáncer de próstata, se recomienda el manejo médico inicial con entrenamiento vesical, ejercicios del piso pélvico y terapia farmacológica. **Se adopta**

51. En presencia de incontinencia urinaria refractaria al manejo médico inicial, se recomienda considerar el manejo quirúrgico especializado. **Se adopta**

Cuidado paliativo

52. En pacientes con cáncer de próstata y enfermedad ósea metastásica, se recomienda el uso de radioisótopos para mejorar el manejo del dolor. **No se adopta**

53. En pacientes con cáncer de próstata y enfermedad ósea metastásica, se recomienda el uso de radioterapia para mejorar el manejo del dolor. **Se adopta**

54. En presencia de obstrucción urinaria, se recomienda remitir al paciente para manejo urológico especializado con descompresión del tracto urinario. **Se adopta**

55. Se recomienda considerar el uso de progestágenos sintéticos para el manejo de las oleadas de calor derivadas de la terapia hormonal, acorde con los requerimientos de cada paciente. **No se adopta**

Asistentes:

COMPROMISOS

| | | | |
|---|-----------------------------------|-----------------|----------------------|
| 1 | ACTUALIZAR GPC CÁNCER DE PRÓSTATA | LÍDER ONCOLOGÍA | 10 DE AGOSTO 2021 |
|---|-----------------------------------|-----------------|----------------------|